

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PERFORATION DE L'ULCÈRE
DE L'ESTOMAC
APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 15 Juin 1926

PAR

Voukachin DIDITCH

Né à SOKO-BAGNA (Serbie), le 29 Juin 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PERFORATION DE L'ULCÈRE
DE L'ESTOMAC APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 253

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PERFORATION DE L'ULCÈRE
DE L'ESTOMAC
APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 15 Juin 1926.

PAR

Voukachin DIDITCH

Né à SOKO-BAGNA (Serbie), le 29 Juin 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.)
Médecine légale	MARTIN (Etienne)
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIC
Pharmacologie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
CARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président; COTTE, assesseur;

BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, DE MA SŒUR

E T DE MON FRÈRE DRAGOUTIN

Architecte de la Ville de Belgrade
Lieutenant de réserve mort pour la Serbie

A MA MÈRE

Reconnaissance et profonde affection.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Un souvenir fraternel.

A MA FEMME, A MON FILS ET A MA FILLE

A SA MAJESTÉ ALEXANDRE I^{er}
Roi des Serbes, Croates et Slovènes.

Nous dédions notre thèse en témoignage de notre profond dévouement et nous La prions de vouloir bien croire à notre reconnaissance respectueuse pour Sa générosité, qui nous a permis de mener à bonne fin nos études.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance et le prions de vouloir bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

*Chirurgien des Hôpitaux de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous lui sommes profondément reconnaissant des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner au cours de l'exécution de cette thèse et du bienveillant intérêt qu'il nous a porté.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE LYON

AVANT - PROPOS

Arrivé au terme de mes études et avant d'en accomplir le dernier acte, je tiens à exprimer mes sentiments de reconnaissance et de respect à mes Maîtres qui m'ont enseigné la Médecine tant à la Faculté que dans les Hôpitaux. Devoir bien doux, mais aussi un peu pénible, car demain il faudra les quitter.

Par un heureux hasard, il se trouve que j'accompli ce dernier pas de ma vie d'étudiant devant le Maître qui m'a initié dans notre art si difficile.

Je prie M. le Professeur Tixier, professeur de clinique chirurgicale, de croire que je n'oublierai jamais ce que je lui dois.

Plus particulièrement je dois remercier M. le Professeur P. Bonnet qui m'inspira ce travail et m'aida de son mieux pour l'achever. Il a toujours obligeamment mis à ma disposition ses observations, ses notes et sa haute expérience. Je le remercie vivement. Ses et son expérience. Je le remercie vivement. Ses bons conseils et sa bonne volonté m'ont aidé chaque fois que j'en ai eu besoin.

C'est en vain que je cherche des paroles assez claires pour traduire mes sentiments de gratitude envers la France. Mais que valents des mots devant ces sentiments? Et je la sens cette gratitude. Il est des

souvenirs qu'on n'oublie jamais. Je connus la bonté et la magnanimité françaises lorsqu'elle nous accueillit, pauvres exilés que nous étions, à Corfou, après notre désastre. Et j'appris à les connaître encore mieux sur les monts de Kenali près de Monastir, en Macédoine, où ses fils combattaient avec nous et à côté de nous pour la justice. Arrivant ici, je ne me sentais pas être tout à fait étranger. Depuis, je n'ai trouvé que de l'amitié autour de moi. Et jamais je n'ai éprouvé cette angoisse d'être dépaycé.

Aussi je ne lui dirai point adieu, elle sera toujours dans mon cœur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PERFORATION DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

INTRODUCTION

Nous ne prétendons pas faire ici le procès de la gastro-entérostomie, ni revenir sur les arguments tirés de son insuffisance à assurer la guérison de l'ulcère en faveur de la résection.

Ces arguments sont connus de tous :

La gastro-entérostomie, opération de drainage, agit en faisant cesser le spasme pylorique. Son action cesse lorsque le pylore, anatomiquement intact, est redevenu physiologiquement perméable.

Encore n'agit-elle que lorsque le drainage occupe par rapport à la lésion initiale une situation favorable à la mise au repos de l'ulcère.

Ceci explique la lenteur de son influence ou son insuffisance à assurer la guérison des ulcères chroniques du corps de l'estomac.

La preuve de son inefficacité est fournie par la fréquence des accidents propres à l'ulcère, au cours de la période d'amélioration :

Hémorragies;

Perforations;

Apparition de déformations gastriques malgré l'anastomose.

En outre, la gastro-entérostomie laisse persister la tendance évolutive vers la cancérisation.

Tels sont les inconvénients qui résument l'insuffisance de la gastro-entérostomie.

Les accidents qui peuvent survenir au cours de la période d'amélioration : les hémorragies et la perforation, vont de pair. Toutes deux traduisent la progression dans l'évolution de l'ulcère, malgré la gastro-entérostomie.

Les hémorragies qui surviennent après la gastro-entérostomie, au cours de la période d'amélioration, ou plus justement dans les suites rapprochées de l'intervention, sont, à l'heure actuelle, bien connues, leur fréquence relative ayant permis d'en entreprendre l'étude, sur la base d'un nombre considérable de cas.

On connaît moins bien les perforations que se produisent dans les suites de la gastro-entérostomie.

Ce sont elles que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Encore limiterons-nous notre étude aux seuls cas de perforation de l'ulcère même pour lequel l'opération a été pratiquée.

Car il y a une distinction à établir d'emblée parmi les perforations secondaires à la gastro-entérostomie qui toutes ne relèvent pas de la même pathogénie.

Il y a, en effet, des *perforations tardives*, actuelle-

ment bien connues par un petit nombre d'observations récentes mais bien étudiées. Leur rapport de cause à effet avec la gastro-entérostomie est bien établi. Ce sont les perforations d'ulcère peptique du jéjunum ou de la bouche anastomotique, bien étudiées en France par Hartmann, par Delore. Leveuf en apportait récemment à la Société de Chirurgie de Paris une intéressante observation.

A côté de ces perforations d'ulcères créés ou favorisés par l'établissement même d'une bouche anastomotique, il en est d'autres, habituellement tardives dans leur apparition, qui ont bien leur origine dans un ulcère de l'estomac ou du duodénum, mais qui n'est pas celui contre lequel l'opération a été dirigée. Il s'agit alors *d'ulcères apparus secondairement au voisinage ou à distance de l'ulcère primitif*. Celui-ci apparaît parfois cicatrisé au moment où se produit la perforation de l'ulcère secondaire.

Les rapports de ces perforations avec la gastro-entérostomie sont moins bien établis.

Evidemment, l'opération s'est montrée dans de tels cas insuffisante à arrêter l'évolution de la « maladie ulcéreuse » qui s'est poursuivie en d'autres points de l'estomac.

Dans des cas semblables la résection apparaît aussi impuissante que la gastro-entérostomie, malgré sa plus grande logique apparente et il existe dans la littérature chirurgicale de nombreux cas de perforations d'ulcères après la résection. Dans le travail de Warsow, on trouve indiqués ceux de von Eiselsberg,

Cuff, Graf, Hairn, Federmann, Brunner, Schnizler, Willis, Petren.

Il arrive même que cette perforation se produise après une résection nécessitée par les résultats insuffisants d'une gastro-entérostomie. L'opération, quelle qu'elle soit en pareil cas, ne modifie pas les tendances pathologiques de l'individu. Le danger ne disparaîtrait que par une thérapeutique causale.

Les perforations auxquelles nous limiterons notre étude, sont celles que se produisent *au niveau de l'ulcère même* qui a donné lieu aux indications opératoires et pour lequel la gastro-entérostomie a été pratiquée, dans le but d'amener la mise au repos de l'ulcère et souvent comme temps préalable de la résection.

Nous verrons que, en opposition avec ce qui se passe dans les cas que nous venons d'indiquer, la perforation se fait de façon *précoce* dans les suites immédiates ou du moins proches de l'intervention.

Quelle relation faut-il établir, dans ces derniers cas, entre la perforation de l'ulcère et la gastro-entérostomie ?

La perforation s'est-elle produite à la faveur de l'opération elle-même, seule responsable ?

La perforation résulte-t-elle au contraire de l'évolution de l'ulcère lui-même, insuffisamment « protégé » par la gastro-entérostomie ?

Telle est la question qui se pose et que nous nous proposons d'élucider.

La question d'ailleurs serait vaine si elle ne trouvait une sanction pratique dans une conduite thérapeutique susceptible de mettre à l'abri de pareil accident.

Nous chercherons donc à nous rendre compte si la perforation est évitable et quels moyens l'on doit proposer pour la prévenir.

C'est à l'occasion d'une observation de M. le Professeur agrégé P. Bonnet que nous avons entrepris cette étude.

Notre tâche a été singulièrement simplifiée par la riche documentation recueillie par Larrieu auprès de la plupart des chirurgiens les plus rompus à la pratique de la chirurgie de l'estomac et réunie dans sa thèse (Bordeaux, 1920).

Cette thèse représente le travail fondamental sur ce sujet. Aussi nous sommes-nous décidé à reproduire ici les observations qui y figurent. Ce n'est pas seulement dans le but de mettre entre les mains des chirurgiens de notre région les documents d'un travail qu'ils pourraient avoir quelque peine à se procurer, mais aussi pour justifier les conclusions de notre travail, édifié, pour la plus grande part, sur l'analyse minutieuse de ces observations.

L'observation si caractéristique de MM. Bonnet et Croizat nous a permis d'apporter des documents particulièrement intéressants permettant peut-être de prévoir dans une certaine mesure la possibilité de cette complication et de la prévenir au cours de l'intervention.

La perforation de l'ulcère après gastro-entérostomie.

ETUDE CLINIQUE

Sa fréquence

La perforation de l'ulcère gastrique ou duodénal, dans les suites de la gastro-entérostomie, paraît être un accident rare, même si l'on tient compte des cas qui ne sont pas publiés; même si l'on fait la part des cas de péritonite consécutive à la gastro-entérostomie, dont la cause exacte n'est pas reconnue.

Larrieu en réunit 53 observations, dans une statistique de 5.000 opérations. Parmi celles-ci, 23 seulement auraient subi le contrôle de l'opération ou de l'autopsie.

Il estime que la perforation se produit après gastro-entérostomie, dans 1 % des cas environ.

Cette proportion nous paraît supérieure à la réalité. Il est vrai que Bakes dit avoir observé une perforation sur 33 gastro-entérostomie pratiquées, mais déjà, dans leur statistique adressée à Larrieu, Delore,

sur 500 cas, Hartmann, sur 600 cas, n'avaient observé chacun qu'une perforation.

Nous donnons sous toutes réserves, n'ayant pu nous la procurer dans l'original, la statistique attribuée à Mayo dans un article de Wymer. Les perforations y figurent 81 fois sur un total de 10.500 gastro-entérostomies.

Sa date d'apparition

La perforation se produit le plus souvent de façon très précoce après l'intervention. Dans le plus grand nombre de cas c'est dans les premiers jours qui suivent la gastro-entérostomie, du 3^e au 6^e jour, qu'elle se manifeste; parfois plus tôt, dans les 48 premières heures, ou même dès le soir de l'intervention, autant qu'on en peut juger par le symptôme initial souvent peu caractéristique.

Souvent aussi la perforation se fait plus tardivement, du 8^e au 15^e jour.

Les cas exceptionnels de perforation survenus après un mois (Pauchet), 3 mois (Brenner), 7 mois (Busch), sont rapportés sans précision, ou difficiles à interpréter, l'opération, comme dans le cas de Busch, ayant été précédée d'une gastrotomie.

Symptomatologie de la perforation

Les symptômes propres à la perforation sont en général très atténués, masqués qu'ils sont dans le cortège des signes de réaction péritonéale qui accompagnent souvent l'opération dans les premiers jours.

Aussi la plupart des observations manquent-elles de précision sur les symptômes mêmes de la perforation.

Les signes deviennent plus précis lorsque la perforation se produit après quelques jours :

La *douleur* est en général le premier signe qui traduit l'apparition subite d'une complication. Elle survient à l'occasion d'un changement brusque de position dans le lit (Bonnet et Croizat), à la suite de l'ingestion d'un peu de liquide (Ziegler), d'une entéro-clyse (Petren). Elle est comparable par sa brusquerie, son siège épigastrique, son intensité, à la douleur initiale d'une perforation spontanée. Mais bien souvent elle n'attire pas l'attention, précédée qu'elle est par des sensations douloureuses intermittentes survenues dès les premiers jours.

Les frissons ;

une sensation d'angoisse ;

un état subit de collapsus surtout (Vautrin, Krogius, Wolfler) accompagnent la douleur ou représente la première manifestation.

La contracture de l'abdomen, symptôme capital des perforations spontanées, est rarement signalée (Vautrin). Elle perd d'ailleurs ici de sa signification.

Les vomissements (Chavannaz, Tuffier, Carr), ne sont pas rares. Ils peuvent se répéter. Ils semblent en rapport avec l'état de péritonite.

Les modifications du pouls sont plus caractéristiques. On a vu les pulsations passer très rapidement, en moins de deux heures, de 80 à 120. (Ziegler, Bonnet et Croizat).

La température s'élève elle-même très rapidement au voisinage de 38°5.

Les symptômes propres à la perforation même sont donc la plupart du temps, peu manifestes, atténués ou masqués par les signes de réaction péritonéale, par des manifestations pulmonaires.

Ce sont donc surtout des signes de péritonite à allure suraiguë, qui attirent l'attention sur une complication subite, et font songer à une perforation, **car** ils surprennent par leur brusquerie, par leur apparition à une date où ils s'atténuent d'ordinaire lorsqu'ils existaient d'emblée après l'opération, et se manifestent dans des cas où la simplicité de l'acte opératoire permettait d'espérer des suites opératoires très simples. Malgré cela, on est naturellement porté à croire à une désunion des sutures, au niveau de la bouche anastomotique, plutôt qu'à une perforation de l'ulcère lui-même.

L'évolution, à dater du début clinique, est en général rapide. La mort peut survenir très rapidement : 12 heures après la douleur initiale (Bonnet et Croizat). Le plus souvent le malade est emporté en 24 ou 48 heures.

Pourtant on peut observer des formes atténuées, où la péritonite évolue de façon plus longue, et n'amène la mort qu'après 5 jours (Kroguis), 7 jours (Tuffier). Cette évolution de la péritonite semble varier suivant le cloisonnement ou la septicité particulière du liquide épanché dans le péritoine.

Il ne semble pas, en tous cas, que l'on puisse s'attendre, d'après la date tardive d'apparition des signes de perforation, à une plus grande lenteur d'évolution

de la péritonite, et on observe des perforations tardives qui donnent lieu d'emblée à une inondation péritonéale rapidement mortelle.

Il convient de mettre tout à fait à part l'observation curieuse de Le Roy des Barres. Les crises douloureuses survenues quatre jours après l'opération, et répétées les jours suivants, furent la seule manifestation clinique, pendant les neuf jours qui précédèrent la mort, à dater des signes cliniques de perforation. Celle-ci avait fissuré la veine-porte et amené la mort par hémorragie intrapéritonéale.

EXISTE-T-IL DES SIGNES PERMETTANT DE PRÉVOIR L'IMMINENCE D'UNE PERFORATION ?

a) Les signes cliniques, avant l'intervention

Si l'on parcourt les observations, on se rend compte que dans bon nombre de cas on eut pu prévoir, d'après les signes cliniques, l'état inflammatoire de l'ulcère et l'imminence d'une complication.

Les hémorragies sont le symptôme avertisseur le plus souvent signalé : un malade de Tuffier avait eu, deux jours avant son entrée à l'hôpital, de copieuses hématomèses et avait présenté, la veille de l'opération, un méloëna considérable. Un autre avait eu, le matin même de l'intervention, un vomissement abondant de liquide brunâtre. Chez le malade de Chavannaz on n'osa pas recourir à l'examen radioscopique, le malade ayant eu une hématomèse abondante avec un redoublement des accidents douloureux.

L'intensité de la douleur avant l'intervention est, en effet, avec l'hémorragie, le symptôme le plus souvent signalé. Un malade de Tuffier avait, la veille de l'opération, « le ventre ballonné, et on déterminait à la pression des douleurs diffuses ». Chez celui d'Hofman on trouve, avant l'opération, « une résistance douloureuse dans la région de l'estomac ». « L'épigastre est très douloureux. » (Wolfler).

La contracture accompagne habituellement la douleur, on vient de le voir.

Le malade de MM. Bonnet et Croizat présentait au maximum les signes cliniques susceptibles de faire prévoir une perforation : il souffrait de façon anormale, présentait de la contracture épigastrique. Ces signes attirèrent d'emblée l'attention sur la possibilité d'une perforation imminente. On en rechercha d'autres indices : la température était à 38°2. Il existait un peu d'œdème de la paroi à la pression sur le rebord chondral. En prévision d'une perforation possible, une vessie de glace fut appliquée sur l'épigastre, et le malade particulièrement surveillé à ce point de vue. Il fut convenu que le malade serait opéré dès que l'état inflammatoire aurait cédé.

Or, le lendemain le malade ressentit brusquement une douleur épigastrique. On discuta une intervention d'urgence. Le pouls était à 80; la température à 38°. Une demi-heure après, tout était rentré dans le calme. On décida de temporiser. Le lendemain, le pouls s'était un peu accéléré, à 100. Deux jours après, la température était tombée à 37°2; le pouls s'était rétabli à 80. C'est alors que le malade fut opéré.

*Une élévation de température même légère;
l'œdème de la paroi;*

traduisent avec les autres symptômes, douleurs, contracture, hémorragies, l'état inflammatoire de l'ulcère, et sont le prélude des complications.

M. le Professeur agrégé P. Bonnet attribue une importance capitale à l'ensemble de ces signes. Un malade, chez qui ces symptômes étaient réunis, et qui avait présenté quelque temps auparavant une gastrorragie, fut prévenu de l'imminence d'une perforation à redouter. Le malade refusa l'intervention qui était formellement proposée. Il présenta 15 jours plus tard une perforation, ne fut opéré qu'après 24 heures et succomba.

*b) L'aspect anatomique des lésions constatées
au cours de l'intervention*

Là encore il semble bien qu'on puisse trouver des signes, encore qu'ils soient assez difficiles à préciser, susceptibles de faire prévoir et laisser redouter une perforation.

Les aspects rencontrés sont variables :

1° Assez fréquemment il s'agit d'une ulcère de la petite courbure ou de la région prépylorique, masqué par le foie et dont l'abord est défendu par une barrière d'adhérences qui unissent le foie à l'estomac. (Chavannaz, Marion, Petren, Wolfier). Il y a au voisinage de l'ulcère en voie de perforation, une ébauche de closonnement que l'intervention va contribuer à détruire.

L'ulcère continue à évoluer vers la perforation. L'opération précipite l'accident et ouvre en péritoine libre une perforation jusqu'alors recouverte.

A côté de ces *ulcères abrités* par le foie, on peut citer des observations comme celle de Graf où l'ulcère, en voie de perforation, était protégé par l'épiploon : un cordon épiploïque se prolongeait vers le haut et adhérait à une cicatrice de la petite courbure.

2° Ailleurs, ce sont des ulcères calleux de très gros volume, fixés de toutes parts aux organes voisins : *ulcères pénétrants*, noyés dans une masse inflammatoire, déjà perforés dans les organes voisins : pancréas, rate (Chavannaz, Le Roy des Barres, Vautrin, Bakes, Kroguis).

Là encore l'intervention joue peut-être un rôle néfaste, en libérant, par les tractions qu'elle nécessite, les adhérences protectrices. Les manœuvres opératoires peuvent transformer ces perforations masquées en perforations véritables.

3° Dans d'autres cas, au contraire, l'ulcère est libre d'adhérences, mais il est possible de prévoir, d'après son aspect, le danger imminent d'une perforation.

Dans quelques cas, il donnait l'impression d'un ulcère en pleine activité :

Hofman résume ainsi les lésions : « Pylore libre, petit ulcère de la petite courbure. La sereuse montre une rougeur en forme de petites flammes, avec suffusions hémorragiques. On ne trouve pas de tumeur. » Ailleurs, on signale « ulcère infiltré » (Jedlika).

Mais parfois on rencontre un aspect qu'il faut bien

savoir reconnaître, car il en impose, à première vue, pour une cicatrice d'ulcère, alors qu'il est, au contraire, en pleine activité.

Carr s'est laissé tromper par cet aspect pseudo-cicatriciel. Il décrivait les lésions observées : « Ulcère induré, de la dimension d'une grosse noix, situé sur la partie antérieure du pylore, avec un cratère qui admettait à peine l'extrémité de l'index. Il existait du tissu cicatriciel au niveau de la base de l'ulcère, mais pas d'adhérences. Il n'y avait même pas l'apparence d'une perforation menaçante. »

Il ne faut pas confondre, en effet, avec une cicatrice d'ulcère cicatrisé cet aspect blanchâtre, nacré, lisse, de l'ulcère en pleine évolution, formant une plaque blindée, cartonnée, sur des parois gastriques œdémateuses.

M. Delore fut lui-même trompé par cet aspect, et le reconnut après coup : « On peut voir, disait-il, dans la profondeur, une cicatrice blanchâtre, étoilée, des dimensions d'une pièce d'argent de 20 centimes, indurée à la palpation, siégeant à l'union de la première et de la deuxième partie du duodénum. Ainsi placé, avec les adhérences qui le fixaient dans la profondeur, la résection de l'ulcère était difficile. Par ailleurs, le processus semblait en voie de cicatrisation. »... « Mais l'autopsie permit de rapporter la péritonite à la perforation de l'ulcère. Il existait à son niveau une perforation à l'emporte-pièce, du volume d'un crayon ordinaire. Au moment de l'intervention l'ulcère était en pleine évolution et l'anatomose n'avait pas suffi à arrêter la perforation.

Par contre, dans l'observation de M. le Professeur agrégé Bonnet, l'aspect de l'ulcère lui avait rappelé celui que l'on observe au cours des interventions pour perforation, autour de la perforation à l'emporte-pièce, et il l'avait fait remarquer à ses aides. L'estomac présentait des parois extrêmement œdémateuses et friables même loin de la région pylorique. La région prépylorique était occupée par une plaque blanchâtre, indurée, cartonnée, avec une zone centrale nacrée. Tout autour de cette plaque blanchâtre les parois gastriques étaient rouges, vascularisées superficiellement par de petits vaisseaux irradiant vers la plaque indurée. Il ne manquait au centre, pour achever l'aspect d'un ulcère perforé, que le petit trou à l'emporte-pièce, et l'on fit la réflexion que le malade, si l'on avait attendu davantage pour l'opérer, aurait sans doute à bref délai présenté les accidents de la perforation.

Il convient évidemment de ne pas exagérer la valeur des signes tirés de l'aspect d'un ulcère, si variable dans ses modalités, et ne pas conclure à la possibilité, dans tous les cas, de prévoir une perforation imminente.

Mais nous serions disposé à donner comme conclusion aux signes tirés de l'examen de l'ulcère au cours de l'opération :

Il faut se méfier d'une perforation imminente des ulcères libres d'adhérences lorsqu'ils se présentent sous l'aspect d'une plaque indurée blanchâtre, se continuant avec une paroi gastrique épaissie et œdémateuse. Ceux-ci peuvent continuer leur évolution vers

la perforation, malgré la gastro-entérostomie.

Il faut se méfier également des ulcères abrités sous le foie par une zone d'adhérences périphériques.

Il faut se méfier des volumineux ulcères calleux adhérents, dont le centre de la tumeur est souvent formé par une diverticule provenant d'une perforation.

Ces deux dernières sortes d'ulcères : ulcères abrités et ulcères pénétrants, sont des ulcères déjà en voie de perforation ; mais le cloisonnement même protège le grand péritoine et retarde le moment des accidents jusqu'au moment où l'acte opératoire libère les adhérences, sépare les organes protecteurs déjà pénétrés et transforme en perforation en péritoine libre une perforation abritée.

Quel que soit le siège de l'ulcère : région pylorique, petite courbure, duodénum, la gastro-entérostomie est dès lors impuissante à arrêter l'évolution de l'ulcère vers la perforation. « La mise au repos » de l'ulcère que l'on attend d'elle, ne peut être réalisée, au point d'arrêter, du jour au lendemain, l'évolution anatomique de l'ulcère vers la perforation.

Les choses se passent à peu près comme si, en présence d'un ulcère perforé, on se contentait de pratiquer une gastro-entérostomie et un assèchement du péritoine, sans suturer l'ulcère.

c) *Les conditions de terrain* sur lequel évolue l'ulcère peuvent être telles que l'on doive être mis en garde contre une perforation possible.

Souvent rien ne vient avertir le chirurgien d'avoir

à se méfier : c'est ainsi que dans l'observation de Nœver on était intervenu pour un ulcère pylorique. L'intervention montra une sténose par ulcère cicatrisé. Le malade succomba à une perforation. L'autopsie révéla, à côté de l'ulcère pylorique réellement cicatriciel, la présence d'un deuxième ulcère très petit, et perforé, au niveau de la paroi antérieure, près du cardia. Cet ulcère avait passé inaperçu lors de l'opération et avait donné lieu à une péritonite mortelle.

Mais dans certains cas, il semble que l'on se trouve en présence d'une tendance irréductible de certains ulcères vers la perforation. Certains ulcères perforés semblent avoir une prédisposition à se perforer à nouveau après une phase de guérison apparente.

Les observations de Dahlgreen, de Schnitzler, les deux cas de Graf, donnent bien une idée de l'évolution anatomique habituelle de ces ulcères perforés à répétition, et de l'impuissance de la gastro-entérostomie à arrêter le processus de la perforation.

Quels sont les moyens de prévenir la perforation ?

On pourrait être tenté de conclure : Puisque la gastro-entérostomie, à supposer qu'elle ne soit en rien responsable de la perforation même, et insuffisante à la prévenir, mieux vaudrait ne pas la pratiquer, et recourir d'emblée à une résection.

C'est la conclusion que tire M. Delore de son cas malheureux : « Dans ce cas, on peut regretter de n'avoir pas pratiqué une résection et ce fait malheu-

reux plaide pour le traitement radical des ulcères de l'estomac et du duodénum. »

C'est évidemment la conclusion logique et que l'on peut admettre à priori.

Mais en fait la résection est rarement praticable : M. Delore, au cours de l'opération, reconnaît lui-même que la résection de l'ulcère eut été difficile.

Dans son observation, le Professeur agrégé P. Bonnet note qu'une résection ne pouvait être admise d'emblée, tellement les parois de l'estomac étaient indurées et à distance de l'ulcère, au point que l'on dut reporter très loin l'anastomose, et que la suture, dans la partie a plus rapprochée de l'ulcère, rencontra des parois extrêmement friables. Les difficultés de l'occlusion de la tranche duodénale auraient été considérables.

On eut pu discuter la nécessité de la résection dans un second temps, si les événements en avaient laissé le loisir.

Le Roy des Barres croit que s'il avait fait l'exclusion pylorique, il eut peut-être évité la mort de son malade.

Vautrin, dans un premier cas observé, regretta de ne pas avoir pratiqué en même temps que la gastro-entérostomie le blocage du pylore.

Aussi dans une seconde observation où l'importance de la périgastrite lui laissait quelque doute sur la valeur de la gastro-entérostomie, il pratiqua le blocage du pylore. Ceci n'empêcha pas la perforation de se faire dès le troisième jour après l'opération.

Le Professeur agrégé P. Bonnet regretta, dans son

cas où il avait prévu la possibilité d'une perforation, de n'avoir pas réalisé au devant de l'ulcère une couverture épiploïque qui eut coiffé la perforation et peut-être limité les dégâts.

Il y aurait tendance, le cas échéant, à envisager la résection dans les limites extrêmes de ses possibilités, quitte, s'il était obligé d'y renoncer, à se contenter de couvrir toute la surface de l'ulcère d'une coiffe épiploïque.

C'est également au capitonnage de l'ulcère à l'aide de l'épiploon que Wymer conseilla d'avoir recours. C'est là une technique qu'il serait bon d'adopter quand on est obligé d'abandonner un ulcère volumineux.

Traitement de la perforation constituée

Les cas sont rares où l'intervention a été possible. La rapidité parfois extrême de l'évolution de la péritonite suraiguë dans certains cas (Bonnet et Croizat); l'incertitude du diagnostic le plus souvent laissent le chirurgien désarmé en face de cette complication, toujours mortelle.

Pourtant il est possible d'intervenir et l'opération est le plus souvent suivie de succès : (4 guérisons sur 6 interventions secondaires).

Vautrin, instruit par un premier cas malheureux, se hâta d'intervenir lorsque, dans un second cas, au troisième jour après l'opération, son malade fut pris de douleurs vives à l'épigastre, avec collapsus, pouls rapide, ventre de bois. Il traita la péritonite et se con-

tenta de cautériser l'ulcère, de l'enfouir sous un surget au catgut chromé, laissant un tamponnement et un drainage. Son malade guérit.

Ziégler réintervint trois heures après le début des accidents. Il ne put faire une résection et se contenta de suturer l'ulcère. Son malade présenta une fistule, mais guérit.

Petren eut trois fois l'occasion de réintervenir pour des perforations. Dans un premier cas, l'opération n'eut lieu que vingt heures après le début des accidents. Il retrouva dans le péritoine une grande quantité de liquide louche. On ne trouva pas l'origine de la péritonite, qui fut seule traitée. Le malade succomba. On trouva à l'autopsie un petit ulcère perforé de la face postérieure du pylore.

Dans un autre cas, il put intervenir quatre heures et demie après le début des accidents. Là encore, ne trouvant pas le siège de la perforation, il se contenta de traiter la péritonite. Son malade guérit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(P. BONNET et CROIZAT)

(Société de Chirurgie, Lyon, 12 nov. 1925)

*Perforation d'un ulcère gastrique
malgré la gastro-entérostomie.*

On sait que la gastro-entérostomie pratiquée pour un ulcus pylorique ne met pas le malade à l'abri, de façon absolue, d'une perforation possible. Santy, dans sa thèse, faisant valoir les arguments en faveur de la résection, cite plusieurs observations.

Celles-ci pourtant sont rares. Celle que je vous apporte aujourd'hui, avec M. Croizat, montre bien que la gastro-entérostomie ne suffit pas à prévenir cette complication.

Un homme de 71 ans fut adressé, le 6 août, par le Docteur Cade, dans le service de M. Laroyenne, que je suppléais. Lorsque je le vis, à l'entrée, il souffrait de façon anormale, présentait de la contracture épigastrique, la température atteignait 38°2.

Je me méfiai d'une perforation imminente. Le malade fut donc mis au repos absolu, avec une vessie de glace sur l'abdomen. Des injections sous-cutanées et rectales de sérum furent faites, en vue d'améliorer la diurèse. Il fut convenu que le malade serait opéré dès que l'état inflammatoire de l'ulcère aurait cédé.

Le lendemain soir, le malade se plaint brusquement d'une douleur épigastrique.

Le pouls bat à 80, bien frappé, la température est de 38°.

M. Croizat envisage le transport du malade à l'infirmierie de porte, pour une opération d'urgence. Pourtant, il le revoit une demi-heure après. Tout est rentré dans le calme.

Le 8 août, le malade souffre moins. Pourtant, le pouls est à 100. J'aurais voulu l'opérer ce jour-là, mais des conditions indépendantes de ma volonté m'obligèrent à retarder l'intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 10 août. La veille, le malade était allé beaucoup mieux, la température était tombée à 37°2, et le pouls au voisinage de 80.

A l'opération, je trouvai un ulcus étendu de la région pylorique. L'estomac présentait des parois œdémateuses et toute la région de l'antra prépylorique était blanchâtre, cartonnée, avec une plaque centrale nacrée. Je fis remarquer à ceux qui m'assistaient que « c'est là tout à fait l'aspect des parois que l'on observe au voisinage d'une perforation ». Je ne croyais pas si bien dire, mais je pensais qu'une gastro-entérostomie serait suffisante pour prévenir cette complication.

Je reportai l'anastomose loin du pylore, de façon à trouver, pour l'établir, des tissus sains, et malgré cela, la paroi était friable et cédait sous les fils, dans la partie orientée vers le pylore. L'opération fut correcte et conduite très rapidement.

Pendant les deux premiers jours, le malade se trouva bien, ne souffrant plus.

Le matin du troisième jour, il se trouvait en état de rétention d'urine.

Le cathétérisme ramena une grande quantité d'urine claire.

Le soir du troisième jour, subitement, au moment où l'on soulevait le malade pour arranger son lit, il fut pris d'une douleur épigastrique très violente, accompagnée d'angoisse, puis d'une débâcle diarrhéique. Comme l'abdomen était contractué en haut et ballonné à l'hypogastre, on pratiqua un cathétérisme, pensant à une rétention d'urine, mais il ne s'en écoula que 300 gr. environ.

Très vite, l'état du malade s'aggrava, le pouls était à 120, la température à 38°8. La dyspnée était intense. Il n'y eut pas de vomissement. Le malade succomba à 5 heures du matin, douze heures à peine après le début des accidents.

A l'autopsie, l'estomac, basculé en haut, laissait voir, au-dessous de lui, les anses grêles un peu rouges. Mais il n'y avait, dans l'étage inférieur, ni pus, ni même de liquide dans le Douglas.

En séparant l'estomac du foie, on fait sourdre une certaine quantité de liquide noirâtre, formé de bile et d'un peu de sang.

On se trouva alors en présence d'une perforation à l'emporte-pièce, siégeant à la face antérieure de la région pylorique, au milieu de la plaque nacrée constatée à l'opération et entourée d'une zone rouge inflammatoire.

L'anastomose, examinée avec soin, était parfaite.

Dans cette observation, la gastro-entérostomie n'avait donc pas suffi à prévenir la perforation. Si je m'étais douté, au cours de l'opération, qu'elle pût être insuffisante, j'aurais agi autrement. L'indication d'une résection ne se posait pas, tellement les parois de l'estomac étaient infiltrées à grande distance du pylore, mais j'aurais pu très facilement rabattre au-dessous du pylore une frange d'épiploon, l'y fixer, de façon à couvrir et à péritoniser la zone où la perforation menaçait, limitant ainsi les effets de la perforation.

OBSERVATION II

(WYMER)

(*Münchener Medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, N° 45,
7 novembre 1924, page 1576-1577.)

Un malade est opéré pour sténose pylorique due à un large ulcère duodénal juxta-pylorique, adhérent au pédicule hépatique, impossible à exciser ; on fait une gastro-entérostomie. Huit jours après, survient une brusque perforation et la mort suit en 36 heures. L'autopsie : une perforation grosse comme une tête d'épingle.

Wymer s'étend en considérations pour savoir si la manipulation de l'ulcère, au cours de l'opération, a causé des ruptures d'adhérence, si la broncho-pneumonie post-opéra-

toire, par les quintes de toux qu'elle provoquait, est la cause déterminante de la perforation, si une anesthésie locale aurait évité cette broncho-pneumonie. Plus importante est la question du capitonnage de l'ulcère à l'aide de l'épiploon; c'est là une technique qu'il serait bon d'adopter, quand on est obligé d'abandonner un ulcère volumineux.

Les perforations après gastro-entérostomie sont heureusement rares : 81 fois sur 10.500 opérés, dans la statistique de Mayo. On ne doit naturellement tenir compte que des perforations dûment contrôlées.

OBSERVATION III

(E. KLEIN)

(*Annals of Surgery*, 1921, vol. LXXIV, page 740-745.)

Après avoir rappelé les discussions entre partisans et adversaires de la G. E. pure et simple, dans le traitement des ulcères de l'estomac, Klein signale qu'après cette opération on peut observer : 1° des hémorragies qui, dans 60 % des cas, sont dues probablement à l'ulcère lui-même, non guéri ; 2° la perforation de l'ulcère ; 3° sa dégénérescence cancéreuse ; 4° la persistance ou la récurrence des accidents gastriques qui, dans quelques cas, sont dûs certainement à la non guérison de l'ulcère. Sans même parler des ulcères peptiques gastro-jéjunaux, on peut voir se développer des ulcères gastriques vrais, malgré l'existence d'une G. E.

Klein rapporte l'observation d'une malade atteinte d'ulcère gastrique et traitée par une G. E., chez qui, au bout de cinq semaines, tous les accidents reparurent, encore accrus. Deuxième intervention 15 mois après la première ; la G. E. est en bon état ; pas d'ulcère peptique ; mais on trouve, à un pouce du pylore, sur la petite courbure, un ulcère libre et sans aucune adhérence aux organes voisins. Gastrectomie partielle, en respectant la G. E. existante, ce qui réalise un Billroth.

Un examen minutieux par l'extérieur et par l'intérieur de l'estomac et du duodénum ne montre ni autre ulcère ni aucune trace cicatricielle d'un ancien ulcère guéri. Klein tient donc pour certain qu'il s'est toujours agi, chez cette malade, du même et unique ulcère sur lequel la G. E. primitive n'a eu aucun effet curatif.

Il conclut de ces faits que : dans le traitement opératoire de l'ulcère, on doit toujours, autant que possible, réséquer ou détruire l'ulcère. Il est illogique de comparer la mortalité opératoire de la gastrectomie partielle et celle de la G. E., car la première est capable de guérir un certain nombre d'ulcères sur lesquels la G. E. n'a aucun effet curatif.

OBSERVATION IV

(CHAVANNAZ et LOUBAT)

(*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*,
séance du 16 janvier 1920.)

In *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, Bordeaux,
1^{er} février 1920 : « Sur un cas de perforation d'un diverticule par ulcère gastrique, après gastro-entérostomie ». Chavannaz et Loubat. (Présentation de pièces.)

Homme de 51 ans, entré dans le service de clinique le 22 décembre dernier, pour des troubles gastriques remontant à dix ans.

Ces troubles consistent essentiellement en douleurs de la région épigastrique apparaissant de quatre à cinq heures après le repas et calmées par l'ingestion de nouveaux aliments. Il ne vomissait jamais, avait des renvois acides. Le régime sévère suivi et la perturbation alimentaire avaient peu à peu amené la perte des forces et l'amaigrissement prononcé.

Il y a un an, il présenta une crise douloureuse plus aiguë, qui l'immobilisa pendant deux semaines et au cours de

laquelle il eut une hématomèse abondante, suivie de mœlena. Depuis trois mois, les phénomènes douloureux étaient devenus presque permanents et plus intenses, ce qui décida le malade à recourir à la chirurgie.

L'examen somatique, en dehors de l'amaigrissement accentué, ne permettait de révéler qu'un peu de sensibilité de toute la région épigastrique. L'estomac n'était pas distendu et l'examen radioscopique le montra tout petit, sans déformation de ses courbures. L'évacuation se faisait bien. Enfin, l'examen du suc gastrique après repas d'épreuve mit en évidence une hyperacidité assez caractéristique. La durée de l'évolution du mal, les quelques symptômes révélés permettaient de porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac ; mais l'examen radioscopique n'ayant donné que des résultats peu précis, un deuxième examen s'imposait. On n'osa pas y recourir, le malade ayant eu entre temps une hématomèse abondante, avec un redoublement des accidents douloureux. On ne pouvait temporiser davantage et l'intervention fut décidée.

Opération le 7 janvier 1920 : Sous anesthésie générale chloroformique, on fait la laparatomie médiane sus-ombilicale, qui montra un tout petit estomac haut placé et profondément caché sous le rebord costal. Le péritoine stomacal adhérait en plusieurs endroits aux organes voisins, surtout au niveau du pylore. La plupart des adhérences de la paroi antérieure furent sectionnées au ciseau, pour permettre l'exploration stomacale, qui mit en évidence, au niveau de la région pylorique, une masse du volume d'une orange, duré, irrégulière, bloquée et fixée très étroitement par des adhérences au petit épiploon, au foie et à la paroi abdominale postérieure. L'extirpation complète de cette masse paraissait impossible, on ne pouvait songer faire qu'une gastro-entérostomie palliative. Devant l'impossibilité d'amener la face postérieure de l'estomac, peu mobile, au contact de l'anse jéjunale, à travers le méso-côlon transverse, on pratiqua le décollement colo-épiploïque, qui permit d'attirer, à travers la brèche méso-côlique, l'anse intestinale vers l'estomac et de pratiquer commodément une gastro-entérostomie

postérieure, avec suture par deux surjets à la soie. La brèche méso-côlique fut ensuite fixée par quelques points de catgut, soit à l'estomac, soit à l'anse jéjunale. Les tractions exercées sur l'estomac, au cours de l'opération, furent, de ce fait, très faibles. Suture de la paroi en un seul plan, au fil d'argent.

Suites opératoires : Assez bonnes, normales le premier jour. Mais, au bout de 24 heures, apparurent des vomissements et un lavage de l'estomac fut pratiqué, pour éviter la dilatation gastrique possible. La température s'éleva à 38°2, le pouls, jusque-là assez bien frappé, s'accéléra en s'affaiblissant, les vomissements continuèrent, en même temps que s'installait un hoquet extrêmement pénible. D'heure en heure, le pouls devenait de plus en plus fréquent et dépressible, malgré les injections stimulantes et le sérum, les extrémités se refroidissaient et le malade mourait au bout de 48 heures après l'opération, avec des symptômes de péritonite et de septicémie aiguës.

L'autopsie montra :

1° Des lésions de péritonite aiguë, avec congestion et distension des anses et du liquide séro-purulent dans la cavité abdominale ;

2° Qu'il n'y avait pas de compression de l'une ou de l'autre des branches de l'anse jéjunale anastomosée et que la nouvelle bouche avait bien tenu ;

3° Qu'il existait dans la zone pré-pylorique ou juxta-pylorique, un diverticule de la cavité stomacale du volume d'une grosse noix, développé dans l'épiploon gastro-hépatique et dans l'arrière-cavité des épiploons. Ce diverticule s'ouvre dans l'estomac par un orifice allongé d'avant en arrière, à cheval sur la petite courbure, long de 4 centimètres, large de 1 centim. 1/2 ; cette ouverture est tapissée d'une muqueuse fortement plissée. Les parois de la néo-cavité sont taillées dans un bloc de périgastrite adhérent au péritoine postérieur, à la face inférieure du foie, au pédicule hépatique et, en dedans de lui, au petit épiploon. Au niveau de ce dernier, le diverticule présente une perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, par où

s'échappe le contenu stomacal et qui est la cause de la péritonite qui a emporté le malade.

En terminant, les auteurs insistent sur l'absence de renseignements donnés dans ce cas par la radioscopie, la gravité de l'intervention tardive pour les accidents de l'ulcère stomacal et l'utilité du décollement côlo-épiploïque pour l'exploration gastrique et l'exécution de la gastro-entérostomie quand l'estomac est fixé.

OBSERVATION V

(D^r V. PAUCHET)

(4 cas sur 150 gastro-entérostomies).

Premier cas. — En février 1920, a opéré un ulcus duodénal par simple gastro-entérostomie. Comme il y avait une masse inflammatoire périoduodénale et des signes de sténose, j'ai cru que la G. E. suffirait ; je m'en suis contenté. Six jours plus tard, le malade a fait une perforation et est mort.

OBSERVATION VI

(D^r V. PAUCHET)

Deuxième cas. — G. E. pour ulcus gastrique. Mort par perforation aiguë six jours après.

OBSERVATION VII

(D^r V. PAUCHET)

Troisième cas. — G. E. pour ulcus gastrique. Mort par perforation quinze jours après.

OBSERVATION VIII

(D^r V. PAUCHET)

Quatrième cas. — G. E. pour ulcus gastrique. Mort par perforation un mois après G. E.

L'autopsie des malades des observations VI et VII a pu être faite et a permis de constater la perforation de l'ulcère.

OBSERVATION IX

(CARR)

(Perforation d'un ulcère pylorique une semaine après G. E.
Journal of the American Med. Assoc., N° 1, 5 juillet 1919,
pages 34-35.)

Homme de 40 ans, ayant des troubles gastriques depuis quinze ou seize ans ; ces troubles n'ayant pris que dans les derniers temps un caractère sérieux.

Il existait un point douloureux presque au centre de la région épigastrique.

A l'examen radioscopique, six heures après le repas baryté, on notait un résidu stomacal de 25 cm³, un duodénum dilaté, sur lequel paraissait se localiser le point douloureux, enfin de la stase iléale.

Opération : Ulcère induré, de la dimension d'une grosse noix, situé sur la partie antérieure du pylore, avec un cratère qui admettait à peine l'extrémité de l'index. Il existait du tissu cicatriciel au niveau de la base de l'ulcère, mais pas d'adhérences.

Il n'y avait même pas l'apparence d'une perforation menaçante. Une gastro-entérostomie postérieure basse fut faite sous anesthésie au protoxyde d'azote.

Tout alla bien jusqu'au sixième jour ; à ce moment, l'aspect de l'opéré se modifia brusquement ; il vomit ; un lavage d'estomac ne ramena que de la bile. Le lendemain, le malade mourut.

Autopsie : La plaie de gastro-jéjunostomie est cicatrisée. Il y avait de la péritonite et une perforation au niveau de la base de l'ulcère, perforation dans laquelle on aurait engagé un crayon ordinaire.

L'auteur a tenu à rapporter ce cas où rien ne pouvait faire prévoir une semblable issue, et où aucune faute de technique ne put être incriminée.

OBSERVATION X

(SCHNITZLER)

(*Medizinische Klinik*, avril 1914, pages 669-673.

In *Journal de Chirurgie*, 1914, page 778.)

G. E. ne paraît indiquée que s'il y a rétrécissement du pylore.

Schnitzler a observé un cas où, après une perforation suturée et guérie, le malade subit une G. E., ce qui ne l'empêcha pas de faire, un an plus tard, une nouvelle perforation de son ulcère.

OBSERVATION XI

(LE ROY DES BARRES)

Note sur un cas de mort, par ouverture de la veine porte, au cours d'un ulcère de l'estomac continuant à évoluer après gastro-entéro-anastomose. (Hanoï, communication à la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, séance du 11 mai 1913, in *Bulletin de la Société*, tome IV, N° 6, juin 1913, page 287).

L'auteur communique l'observation d'un homme de 31 ans, qui était entré à l'hôpital avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac et chez qui la laparatomie révéla, en effet, la présence d'un ulcère inextirpable de la région duodéno-pylorique, pour lequel on se borna à pratiquer une gastro-entéro-anastomose postérieure rétro-côlique (16 mars 1913).

Les suites opératoires sont excellentes pendant les premiers jours ; le malade, qui, avant l'opération, se tordait sur son lit et n'était calmé que par la morphine à haute dose, ne souffre plus du tout. Mais, le 20, il se plaint de douleurs dans la région dorsale, douleurs assez vives, qui persistent le 21, mais disparaissent le jour suivant.

Le 27, les fils d'argent sont enlevés (la paroi avait été fermée en un seul plan). Le 28, le malade accuse, vers le soir, une douleur très vive dans la région épigastrique, avec irradiations douloureuses dans le dos.

Le 29, la douleur est moins vive dans la matinée ; mais, le soir, elle augmente d'intensité et le malade meurt dans la nuit, après avoir présenté une selle sanglante.

L'autopsie permet de se rendre compte de l'absence de toute réaction péritonéale et de la présence, dans tout l'intestin, d'une grande quantité de sang épanché. Sur l'estomac, enlevé d'un bloc avec le duodénum et le côlon transverse, il est possible de voir que la bouche gastro-intestinale fonctionne parfaitement. Quant à l'ulcère, il siège à la face postérieure de la région pylorique, à la fois sur le duodénum et l'estomac ; à son niveau une grande partie de la paroi du tube digestif a disparu et le fond de cette perte de substance est constitué : en haut par le foie, en bas par le pancréas, et en arrière par la veine porte, qui présente une fissure longitudinale d'un travers de doigt environ, dirigée suivant l'axe du vaisseau. La mort du malade était due à une perforation de la veine porte, par suite des progrès de l'ulcère, malgré la gastro-entéro-anastomose. L'auteur pense que si, au lieu de se contenter de cette seule anastomose, il avait pratiqué en même temps une exclusion du pylore, il eût peut-être évité la mort de ce malade.

OBSERVATION XII

(E. T. TATLOV)

(*The Lancet*, tome LXXXIII, N° 4656, 23 novembre 1912,
pages 1434-1435)

Femme de 58 ans, gastro-entérostomie antérieure en Y, il y a trois ans, pour un large ulcère de la face postérieure de l'estomac, étroitement adhérent au foie et au pancréas. Les symptômes morbides disparurent pendant un an, puis reparurent. Il y a cinq mois environ, la malade dut être opérée pour une perforation subaiguë.

Les douleurs sont actuellement devenues presque constantes, très intenses ; les vomissements presque quotidiens. Le 10 septembre 1912, intervention : l'anastomose est trouvée en bon état et une jéjunostomie est pratiquée.

OBSERVATION XIII

(DELORE)

(ARNAUD et PERRIN, *Lyon Médical*, 1911, tome I p. 474-475)

M. L. Arnaud, prosecteur : « Messieurs, j'ai l'honneur de vous rapporter, au nom de MM. Delore et Perrin et au mien, l'observation d'un malade qui présentait un syndrome gastrique avec hématomèse et vomissements.

« Le diagnostic d'ulcère de l'estomac fut posé. Cependant, l'intensité des douleurs et le fait qu'elles n'apparaissent pas immédiatement après le repas, mais quelque temps, une heure environ, après l'ingestion des aliments, avaient fait discuter l'hypothèse d'un ulcère duodénal.

Intervention : L'estomac est sain. Par contre, il existe des adhérences inflammatoires dans la région pylorique et l'on peut voir, dans la profondeur, une cicatrice blanchâtre étoilée, du volume d'une pièce d'argent de 20 centimes, indurée à la palpation, siégeant à l'union de la première et de la deuxième portion du duodénum.

Ainsi placé, avec les adhérences qui le fixent dans la profondeur, la résection de l'ulcère était difficile. Par ailleurs, le processus semblait en voie de cicatrisation. Une gastro-entérostomie fut jugée suffisante et faite à la suture.

Les suites opératoires furent d'abord simples ; puis, brusquement, apparurent de graves symptômes péritonéaux. Mort en 48 heures ; on croit à la désunion des sutures. Mais l'autopsie permet de rapporter la péritonite à la perforation de l'ulcère. Il existait, à son niveau, une perforation à l'emporte-pièce, du volume d'un crayon ordinaire. Au moment de l'intervention, l'ulcère était en pleine évolution et l'anastomose n'avait pas suffi à en arrêter la perforation.

Dans ce cas, on peut regretter de n'avoir pas pratiqué une résection et ce fait malheureux plaide pour le traitement radical des ulcères de l'estomac et du duodénum.

OBSERVATIONS XIV et XV

(EDINGTON et CUFF)

(In Petren de Lund, in *Beiträge zur Klin. chir.*, t. 72, 1911)

Edington et Cuff (cités par Kroiss, in vol. 67 *Beiträge zur Klin. chir.*), disent avoir perdu deux malades par perforation de l'ulcère continuant à évoluer, l'un deux ans après la gastro-entérostomie, l'autre sept ans après l'intervention (G. E.).

OBSERVATION XVI

(PETREN, de LUND)

(*Beiträge zur Klin. chir.*, tome 72, 1911,
cas 9 de sa statistique)

Malade qui souffre de l'estomac depuis vingt-cinq ans. Aggravation depuis quatre ans. Parfois, vomissements. Femme faible. A l'examen, on ne trouve pas de tumeur abdominale ; on a recours à l'insufflation de l'estomac ; la grande courbure descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le lavage de l'estomac ramène des résidus acides. Présence de HCl libre.

Opération : Incision de l'épigastre. A la suite, dilatation d'estomac. Pylore fixé au foie par de nombreuses adhérences ; autour de lui, quelques ganglions lymphatiques, augmentés de volume ; le pylore semble libre. G. E. antérieure et entéro-anastomose. Sutures. Après l'opération, amélioration. Au quinzième jour, après une entéroclyse, survient une douleur brusque du côté gauche, la fièvre atteint 38°5 ; cette douleur est très vive ; il n'y a ni vomissements, ni météorisme ; insomnie, albuminurie légère. Opération vingt heures après la perforation ; on trouve dans le ventre une grande quantité de liquide louche ; dans le petit bassin, du pus ; les sutures de l'estomac sont en bon état. On ne trouve pas l'origine de la péritonite. Toilette du ventre, drainage ; pas d'amélioration ; rétention d'urine, albuminurie, mort.

Autopsie : Nombreuses adhérences autour du pylore ; l'estomac est dilaté ; sur sa paroi postérieure, près du pylore, sur la petite courbure rétractée, on trouve un petit ulcère perforé.

OBSERVATION XVII

(DAHLGREEN)

In KROISS, *Beiträge zur Klinick Chirurgie*, tome 67, 1910)

Homme de 40 ans. Opéré trois ans et demi après une première perforation. Une deuxième perforation survient. Dahlgreen trouve deux ulcères au niveau de la région pylorique ; il suture simplement celui qui s'était perforé et fait une G. E. Douze jours après l'opération, le malade meurt par péritonite par perforation. (L'auteur dit que « le suc gastrique a dû continuer à user l'ulcère ».)

OBSERVATION XVIII

(RUBRITIUS)

(*Beiträge zur Klin. Chir.*, tome 67, 1910.

Assistant de Wölfler.)

Femme de 50 ans. Souffre depuis six semaines : douleurs, manque d'appétit, vomissements. Quelques années auparavant, a eu des hématomés.

A l'examen : Epigastre très douloureux, estomac non dilaté, pas de tumeur appréciable. Opération : On trouve une tumeur grosse comme un poing d'enfant sur la petite courbure, près du pylore, fixant l'estomac au foie. D'autres adhérences transformant l'estomac en estomac biloculaire. On fait une G. E. antérieure, avec la partie cardiale de l'estomac, anastomose au bouton de Murphy.

La malade ne se rétablit pas. Collapsus ; le deuxième jour, vomissements, morts. Autopsie : Péritonite diffuse par perforation d'un ulcère de l'estomac dans la cavité péritonéale. Les adhérences partent de la tumeur, allant vers la grande courbure,

OBSERVATIONS XIX et XX

(RIEDEL)

(Iéna, *Deuts. Med. Woch.*, 1909, page 17)

...« L'ulcère floride peut même, quelques jours après l'opération, se perforer ; ce que j'ai vu moi-même deux fois. »

OBSERVATION XXI

(Prof. VAUTRIN, Nancy, 1909)

Ulcère de la terminaison de la petite courbure intéressant le pylore partiellement. G. E. de von Hacker transmésocolique, sans blocage du pylore, que je ne faisais pas à l'époque.

Perforation de l'ulcère le sixième jour après l'opération ; inondation péritonéale et péritonite subaiguë. Il n'y a pas eu d'intervention secondaire, le malade ayant été opéré dans un hôpital d'une ville voisine. Mort.

Autopsie : On trouve une perforation de l'ulcère dont les manœuvres opératoires avaient rompu les adhérences périgastriques qui auraient protégé l'abdomen.

OBSERVATION XXII

(Prof. VAUTRIN, Nancy, 1909)

Il s'agissait d'un ulcère en selle de la petite courbure, avec gros noyau de périgastrite s'étendant au pylore. Biloculation légère. Blocage du pylore. Gastro-entérostomie transmésocolique, avec suspension verticale de l'anse courte.

Le troisième jour après l'opération, douleurs vives à l'épigastre, avec collapsus, pouls rapide, ventre en bois.

Intervention itérative. On trouve un estomac vide, refoulé en avant. Rien au-dessous de la petite courbure, ni dans l'espace sous-hépatique, mais collection en arrière de l'estomac et en avant du pancréas.

Décollement colo-épiploïque ; essorage de la cavité.

La perforation siège au voisinage de la petite courbure, au centre d'adhérences pancréatiques. Après toilette à l'éther, thermocautérisation des bords de l'ulcère, jusqu'à destruction

des callosités, puis suture au catgut chromé, tamponnement léger et drainage.

Les suites ont été relativement simples, grâce au parfait fonctionnement de l'anastomose intestinale. Guérison après un mois.

OBSERVATION XXIII

(NOEVER)

(*Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 13 fév. 1909)

Il s'agit d'un homme de 44 ans, tailleur, entré dans le service de M. Verhoogen, en février 1909. Souffrant de l'estomac depuis deux ans. En février 1908, hématomèses et selles noires ; aspect anémique. L'estomac descend à quatre travers de doigt sous l'ombilic. Signes de stase très marqués à jeun, avec HCl libre. Diagnostic : sténose pylorique par ulcère cicatrisé.

Opération le 23 janvier : Toute la petite courbure est adhérente au foie. G. E. inférieure au point le plus déclive. Mort deux jours après.

Autopsie : Vaste ulcère prépylorique cicatrisé, dont le fond adhère au pancréas. La vésicule biliaire n'existe plus (elle aura, à un moment donné, formé le fond de l'ulcère). Pylore légèrement rétréci. Présence d'un deuxième ulcère très petit et perforé au niveau de la paroi antérieure, près du cardia ; il a passé inaperçu, lors de l'opération, et a occasionné une péritonite mortelle. Les adhérences qui le fermaient ne se sont probablement détachées qu'après l'opération, car l'estomac contenait de l'air pendant celle-ci.

OBSERVATION XXIV

(BUSCH)

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 90, 1909)

Paul, 32 ans, entré le 21 février ; souffre depuis quatre à cinq ans de l'estomac ; douleurs après les repas. Depuis trois mois, vomissements fréquents et amaigrissement ; traité

d'abord médicalement. A l'examen : homme élancé, maigre, à parois abdominales flasques ; on trouve du clapotement, le lavage d'estomac ramène des résidus en abondance et permet de constater une forte augmentation de HCl ; pas d'acide lactique.

Première opération : Incision médiane, l'estomac dilaté se trouve sous la paroi. Dans la partie pylorique, très nombreuses cicatrices de la séreuse, un épaississement considérable de la paroi et une sténose visible, provoquée par une tumeur qui fait corps avec le pancréas. G. E. Hacker. Comme le fond de l'estomac est très dilaté et flasque, on fait une entéro-anastomose ; les suites sont normales.

Quatre ans après, le malade revient, souffrant depuis neuf mois. Cinq mois auparavant, il avait été opéré d'appendicite, et depuis, sa douleur est devenue plus forte et ses vomissements plus fréquents. A l'examen, on trouve un estomac très dilaté, dépassant l'ombilic. Ni HCl, ni acide lactique. Traitement médical sans influence.

Deuxième opération : Incision dans la cicatrice. **Nom-**breuses adhérences entre estomac, vésicule biliaire, foie, épiploon, côlon transverse, qu'on libère et on attire l'estomac. Au niveau du pylore siège une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule. On ne peut libérer la G. E. ; alors, on ouvre l'estomac sur sa paroi antérieure et en examinant l'intérieur on constate que le pylore est complètement fermé. Le pourtour de la G. E. est rétréci par un bourrelet, qui ne laisse plus passer qu'une sonde grosse comme un crayon. On fait une G. E. sur la paroi antérieure Wöelfler. Pendant quelques jours, il faut faire des lavages d'estomac, puis les suites deviennent normales.

Le malade revient sept mois après ; depuis la dernière opération, il s'est bien porté, mais il y a environ 19 heures, il a ressenti une douleur brusque qu'on diagnostique comme ulcère de l'estomac perforé.

Troisième opération : Incision dans la cicatrice.

On trouve énormément d'adhérences épiplœiques qui rendent difficiles l'orientation ; finalement, on trouve, sur la paroi antérieure du pylore, une perforation. Excision, su-

tures à plusieurs étages et péritonisation. Lavage de la cavité abdominale au sérum ; suites normales ; le malade se porte bien dans la suite et augmente de poids.

OBSERVATION XXV

(HOFMAN)

(*Beiträge zur Klin. Chir.*, tome 50, 1907)

Homme 44 ans. Souffre depuis deux ans chaque fois une heure après les repas. Brûlures dans l'estomac. A quelquefois mœlena ; une fois hématomèse. Aggravation depuis trois mois, malgré le traitement médical de l'ulcère. On trouve une résistance douloureuse dans la région de l'estomac, qui suit les mouvements respiratoires. HCl positif. Poids : 53 kilos.

Opération : Pylore libre, petit ulcère de la petite courbure, la séreuse montre une rougeur en forme de petites flammes, avec suffusions hémorragiques ; on ne trouve pas de tumeur.

L'examen microscopique ne montre pas de traces de dégénérescence. Ganglions mous, normaux. G. E. rétrocolique postérieure au bouton de Murphy. Après l'opération, le malade fait une pneumonie gauche ; le bouton est rejeté vers le dixième jour.

Il part guéri ; quelques mois après l'opération, subitement, surviennent des vomissements qui peuvent être expliqués comme des signes d'une péritonite par perforation. Mort rapide du malade ; il faut admettre que soit l'ancien, soit un nouvel ulcère a perforé.

OBSERVATION XXVI

(GRAF)

(Kiel, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 90, 1907)

(Dit qu'il a perdu deux malades par perforation de l'ulcère après la G. E.)

1904. Wilhelm, 38 ans, marchand à Kiel, ulcère de la petite courbure. G. E. rétrocolique postérieure ; perforation secondaire de l'ulcère, mort par péritonite par perforation trente et un jours après la G. E.

OBSERVATION XXVII

(GRAF)

Commerçant, souffre depuis huit mois. Hématémèses. Régulièrement, après les repas, vomissements et douleurs.

Opération : On trouve un cordon épiploïque qui se prolonge vers le haut et adhère à une cicatrice de la petite courbure. Pylore libre. G. E.

Le malade est amélioré tout d'abord ; il est pris peu après d'un frisson ; pneumonie de la base gauche ; abcès urétral trois jours après. Le lendemain, perforation et signes de péritonite.

Autopsie : Grand ulcère perforé de la petite courbure.

OBSERVATIONS XXVIII et XXIX

(GRAF)

(Kiel, *Deutsche Zeit. für Chir.*, tome 88, page 399)

Dans deux cas de perforation, qui furent opérés par G. E. assez tôt, on croyait déjà avoir sauvé les malades, quand une nouvelle perforation se produisit d'un deuxième ulcère, l'un cinq jours, l'autre trois semaines après l'opération.

OBSERVATION XXX

(ALEXANDER BRENNER)

(1906. *Archiv. für Klin. Chir.*, Bd. 78 : « Gastro entérostomie oder resection bei ulcus callosum ventriculi ».)

Dans un cas opéré à la Clinique de von Eiselberg, il survint une péritonite par perforation.

Léopold, 47 ans, ulcus pylorique ; gastro entérostomie, entéro-anastomose le 13 avril 1905. Guérison. Mort trois mois après son départ, en juillet 1905, par perforation de l'ulcère.

OBSERVATION XXXI

(DELALOYE)

(Berne, 1906, *Beiträge zur Gastro-enterostomie.*)

Dans un cas, le malade mourut deux jours après l'opération (G. E.) d'une péritonite par perforation dans la cavité libre abdominale, malgré l'opération ou peut-être même à cause d'elle, à la suite de ruptures d'adhérences.

OBSERVATION XXXII

(SCHULZ)

(*Deuts. Zeit. für Chir.*, page 520)

...Il est certain que G. E. n'arrive pas toujours à avoir un effet immédiat. Il se passe quelquefois plusieurs jours avant qu'elle ne fonctionne. On ne peut pas nier que, pendant ce temps, il y ait un certain danger. Il peut se faire qu'il y ait une perforation immédiate après l'opération ou quelques jours après, avec péritonite septique. C'est ainsi qu'en novembre 1906, nous avons perdu un malade atteint d'ulcère et de sténose, auquel nous avons fait une G. E. Il a succombé le quatrième jour, de perforation d'un ulcère.

OBSERVATION XXXIII

(BAKES)

(*Archiv. für Klin. Chir.*, 1905, Bd. 76 : « Zür operativen therapie des callösen Magenschwurs ». Aus dem öffentlichen Kaiser Franz Josef Hospital, in Trebitsch.)

...Sur 33 G. E., j'ai perdu un malade de péritonite par perforation 11 jours après l'opération ; il s'agissait d'un gros ulcère perforé dans la rate et le pancréas. L'estomac dilaté était fixé par des adhérences de périgastrite adhésive au foie et au pancréas ; on ne peut trouver une place qu'au fond pour faire l'anastomose ; l'estomac fixé était presque immobile ; l'aide tira assez fort sur lui vers la droite. Huit jours après l'opération, fièvre ; apparition de symptômes péritonéaux. Mort le onzième jour.

Autopsie : Anastomose parfaite, péritonite dans la partie déclive ; on suppose que l'opérateur a trop tiré sur l'estomac.

OBSERVATION XXXIV

(BAKES)

(In *Archiv. für Klin. Chir.*, Bd 76)

Cite encore probablement, d'après le travail de Krogius, les cas de Salzer, Kuster, Ziegler.

OBSERVATION XXXV

(CLAIRMONT)

(*Arch. für Klinische Chir.*, Bd 76, Berlin, 1905 : « Bericht über 258 von Pr. von Eiselsberg ; aüsgeführte Magenoperationen von D^r P. Clairmont. Aus der Chirurgischen Klinik in Wien. »)

Homme 46 ans, douleurs et vomissements depuis plusiuers années, amaigrissement, HCl libre, G. E. rétrocolique postérieure au bouton de Murphy ; pylore libre ; on trouve sur la paroi postérieure de l'estomac, près de la petite courbure, une cicatrice d'où partent, vers les organes profonds, des adhérences.

Mort trois jours après l'intervention.

Autopsie : Péritonite suppurée ; G. E. parfaite ; sur la paroi postérieure, sous la petite courbure, on trouve une grosse ulcération avec deux ulcères : un profond d'un centimètre et près du pylore, l'autre plus petite et perforé dans le voisinage du pylore.

OBSERVATION XXXVI

(ALI KROGIUS)

(*Archiv. für Klin. Chir.* Bd 75, 1905 : « Ein wort für die radicale operative behandlung des chronischen magengeschwürs ».)

Homme de 58 ans, entré le 29 octobre, malade depuis six ans. Depuis neuf mois, éructations acides, vomissements, douleurs sous le mamelon. Depuis six mois, tous les jours,

vomissements abondants, douleurs violentes, jamais d'hématémèses, amaigrissement extrême et affaiblissement. Dilatation d'estomac. Grande quantité de HCl libre.

Opération : Le 1^{er} novembre ; G. E. entérieure, entéro-anastomose. Induration du pylore. Après l'opération, le malade se porte bien pendant dix jours ; le onzième jours, 11 novembre, à 7 heures du soir, douleur brusque à droite, avec lipothymies, pas de fièvre.

Exeman du sang : Augmentation de la leucocytose ; colapsus grave. Mort le lendemain.

Autopsie, le 13 novembre : Ulcère perforé à la paroi postérieure du pylore, large d'environ un centimètre. Opération parfaite, bouche fonctionnant très bien.

OBSERVATION XXXVII

(ALI KROGIUS)

Homme de 56 ans, entré le 9 janvier. Malade depuis quinze ans. Eructations acides, douleurs sous le mamelon. Vomissements depuis un an, plus fréquents depuis quelques mois. Douleurs, quelques vomissements noirâtres ; amaigrissement. L'estomac descend jusqu'à l'ombilic ; vers le bas et à droite de l'appendice xyphoïde, on sent une résistance.

Opération le 11 janvier : G. E. antérieure et entéro-anastomose. Estomac dilaté ; sur le pylore et la petite courbure s'étend une formation indurée, ulcérée, fixant l'estomac à la paroi postérieure.

D'abord, amélioration ; du 11 au 16 janvier, le malade va bien ; le 16, collapsus, douleurs violentes, frissons, ventre douloureux. Cinq jours après, mort.

Autopsie : Sur la petite courbure, près du pylore, grosse ulcération intéressant la paroi postérieure, la paroi antérieure, allant jusqu'à la séreuse et adhérente à la face supérieure du foie. Son fond est lisse, les bords sont calleux, l'ulcération est perforée.

Plaie opératoire bonne. Dans le ventre, deux litres de liquide séro-purulent.

OBSERVATION XXXVIII

(HARTMANN)

(In Statistique du Service Civiale.

Travaux de Chir. anat.-pathol., série II)

Une G. E. postérieure pour ulcère (cancérisé sur ses bords) fut suivie de mort le septième jour. Le malade alla d'abord très bien pendant six jours, puis, brusquement, dans la nuit du sixième jour, il fut pris d'accidents aigus qui l'emportèrent très rapidement. L'autopsie permit de voir qu'il y avait une péritonite généralisée, causée par une perforation au centre de l'ulcère dont les bords étaient transformés en cancer. L'orifice gastro-jéjunal était à 10 centimètres de distance de l'ulcère et fonctionnait très bien. On ne peut donc voir ici aucune relation de cause à effet entre la perforation de cet ulcère et la gastro-entérostomie.

OBSERVATION XXXIX

(TUFFIER)

(*Revue de Chirurgie*, tome 31, page 487, 1905)

Homme, 30 ans, employé de tramways.

Entré à l'hôpital pour hématomésès. A souffert de troubles gastriques depuis plus de dix ans. Il y a un mois, apparition d'une première gastrorrhagie, suivie le même jour d'une autre. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, trois copieuses hématomésès. La veille de l'opération, mœlena considérable.

Diagnostic : ulcère gastrique.

Opération, 10 août 1898 : Gastro-entérostomie de von Hacker. Côlon transverse distendu, noir, opaque, était rempli de sang. L'ulcère a été reconnu à la paroi postérieure de l'estomac. Groupe important de ganglions lymphatiques le long de la petite courbure. La première anse jéjunale était pleine de sang ; il n'y en avait pas dans l'estomac.

Remarque : Mort cinq jours après l'opération, de péritonite subaiguë généralisée. L'autopsie montra une perforation, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, à la paroi postérieure du pylore.

Sutures intactes.

OBSERVATION XL

(DELAGENIÈRE)

(Le Mans, 336 G. E. pour ulcère)

Ulcère perforé de la partie supérieure de la deuxième portion du duodénum, ayant déterminé une péritonite généralisée. Laparatomie d'urgence : gastro-entérostomie transmésocôlique, obturation de l'orifice par suture d'une frange épiploïque sur l'ouverture béante. Guérison.

Deux années plus tard, ce malade a refait une perforation, a refusé toute intervention nouvelle et est mort.

OBSERVATION XLI

(KROGIUS)

(*Archiv. für Klin. Chir.*, Bd 75)

Cite comme cas de perforation de l'ulcère dans la cavité abdominale, peu après l'opération, ceux de Salzer, Kuster, Ziegler. Aucune référence bibliographique concernant ces trois cas n'est donnée par l'auteur.

Nos recherches ne nous ont permis de retrouver que l'observation de Ziegler. (*Münchener Med. Woch.*, 1899.)

OBSERVATION XLII

(ZIEGLER)

(*Münchener Med. Woch.*, 1899)

Perforation d'un ulcère de l'estomac avec sténose du pylore, survenant après G. E.

Homme de 43 ans, opéré en 1898 pour sténose pylorique avec dilatation de l'estomac et troubles graves. G. E. postérieure Hacker. Opération parfaite. Pendant l'opération, on constate, au pylore, l'absence de tumeur dure; infiltration moyenne; le pylore, non visible, enfoui dans des adhérences qu'on ne veut pas enlever. Amélioration. On donne au malade, tous les jours, dès le premier jour, de quart d'heure en quart d'heure, une alimentation liquide. Tout va bien jusqu'au troisième jour. Dans la soirée du troisième jour,

après absorption d'une cuillerée de thé noir, douleur atroce, vomissements, signes de péritonite, pouls 80, puis 120 à la deuxième heure; la douleur s'atténue par la morphine; grand météorisme.

Opération trois heures après la perforation. On trouve du gaz libre; injection de l'épiploon; l'anastomose est parfaite; le gaz sort d'une perforation de la paroi antérieure du pylore. On enlève une petite quantité de liquide et on constate alors qu'en plein milieu de la cicatrice il y a une perforation grande comme une pièce de un à deux centimes, perforation à l'emporte-pièce. Nettoyage, compresses de sérum salé, gaze iodoformée, injection de camphre et de sérum. A cause de l'état grave du malade on ne fait pas de résection; on suture simplement après avoir fait une soigneuse toilette abdominale. Amélioration rapide; dans la suite, éviscération, deux fistules suppurant autour de deux fils de soie. Après le 14^e jour, bon appétit. Guérison.

OBSERVATION XLIII

(NYROP)

(Copenhague, D. Z. 77. Cas de Jadlicka)

Jedlicka avait opéré son malade pour un ulcère infiltré siégeant au niveau de la petite courbure. Quatre jours après la G. E., le malade mourut d'une perforation de la paroi antérieure de l'estomac.

OBSERVATION XLIV

(TUFFIER)

(In *Thèse* Marion, Paris 1897. « Ulcère de l'estomac G. E. postérieure. Mort par perforation).

C... François, 33 ans, entré le 1^{er} mars 1897.

Oreillons à 23 ans, orchite ourlienne bilatérale et atrophie testiculaire consécutive double. Gonorrhée légère à 25 ans.

Il y a deux ou trois ans a commencé à vomir des matières

muqueuses, bilieuses, puis alimentaires de couleur marc de café, affirme le malade.

Pas de meloena; il se plaint d'avoir éprouvé quelquefois du hoquet et des douleurs très vives localisées à l'hypocondre gauche.

A cette époque déjà le malade avait observé au niveau de la région épigastrique une petite tumeur qui sortait et rentrait facilement.

Il se mit au régime lacté absolu et obtint une amélioration notable de son état, à ce point que depuis cinq à six mois il avait recommencé à manger comme par le passé.

Il y a un mois, et sans raison, les mêmes accidents qu'il y a trois ans reparurent : douleurs dans la région stomacale, vomissements noirs, pas de meloena.

Entré le 1^{er} mars à la Pitié, salle Piorry, on lui donne lait et bismuth, amélioration peu sensible. Le malade passe en chirurgie.

Etat actuel : ventre ballonné, on détermine à la pression des douleurs diffuses. Le foie déborde un peu les fausses côtes. On trouve deux pointes de hernie inguinale et une petite hernie épigastrique siégeant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice typhoïde. Elle sort facilement sous l'effort, sa grosseur est celle d'une noisette, elle rentre avec facilité.

On ne trouve rien à l'exploration profonde du pylore.

L'estomac paraît un peu dilaté; le malade a alternativement de la diarrhée et de la constipation et présente des symptômes d'éthylisme marqués : crampes dans les mollets, cauchemars terrifiants, rêves professionnels, pituites matinales, tremblement fibrillaire de la langue. Le matin même de l'opération, il a un vomissement abondant de liquide brunâtre.

Opération le 18 mars. Incision médiane de 12 centimètres finissant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Estomac distendu, très vasculaire, à parois épaisses, plus résistantes et plus dures que normalement, mais sans traces de nodosités. Au-dessus du pylore et au niveau de la petite courbure, on voit une bride allant de la face inférieure du foie à

la face antérieure de l'estomac, on fait G. E. postérieure par le procédé classique. La vascularisation extrême et l'aboutissement peut-être trop rapproché de la grande courbure ont un peu compliqué l'opération par la quantité de sang écoulé; toutes les sutures sont faites à la soie. Pansement antiseptique.

Remarques : il se produisit un léger hématome à la base de l'épiploon, au niveau de son insertion stomacale et dû à un vaisseau non lié, pris dans la suture séro-séreuse antérieure. Deux autres petits vaisseaux ouverts pendant la déchirure de l'épiploon et situés dans l'épiploon lui-même ont été liés à la soie.

Suites opératoires : le malade vomit le soir même à flot un liquide brunâtre analogue à celui rendu avant l'opération. Dans la nuit, vomissements continuels, agitation extrême, le matin on lui donne un lavement de quatre grammes de chloral.

19 mars : le matin, vomissements abondants de liquide brunâtre; pilules d'opium de deux centigrammes; à partir de ce moment, les vomissements diminuent; le soir, les vomissements ont à peu près cessé. Dans la nuit, pas de vomissements.

20 mars : vomissements dans la journée, brunâtres, rejetés avec force en jet; facies très mauvais, pouls très fréquent et faible.

21 mars : en présence de la persistance des vomissements et bien que le ventre fut souple et nullement ballonné, M. Desfosses, interne du service, ouvre le ventre. Le malade est endormi à l'éther; on fait sauter les points de suture.

On trouve l'intestin modérément distendu et de coloration normale. Au niveau de la G. E., l'anse a conservé un aspect normal; il n'y a ni coudure brusque, ni diminution du calibre de l'intestin. Les anses intestinales ne sont pas particulièrement vascularisées et on ne constate en aucun point l'aspect d'un péritoine enflammé. Immédiatement après la fermeture de l'abdomen par un seul plan de suture à la grosse soie, on pratique une injection intraveineuse de 1,500 gr. de sérum artificiel et une injection de 0 gr. 75 de

caféine. Le malade continue à vomir. Facies mauvais, délire, agitation extrême. On croit que le malade n'en a plus que pour quelques heures.

22 mars : même état très grave. Vomissements jaunâtres. Injection de 0 gr. 50 de caféine; matin et soir, injection intraveineuse de 1.500 gr. de sérum, langue sèche, pouls misérable, incomptable; extrémités froides. Lavement nutritif.

23 mars : délire continu; vomissements fréquents; pouls fréquent, mais plus fort; incontinence d'urine, diarrhée. Caféine, sérum. Le malade ne peut supporter le poids des couvertures. Lavement nutritif (!).

24 mars : gonflement extrêmement douloureux de la région parotidienne gauche; le malade a de la peine à ouvrir la bouche; une purge ne peut être avalée (!).

25 mars : à 9 heures du matin, mort dans le coma.

Autopsie : La G. E. a bien tenu, le doigt pénètre facilement dans son orifice. A la partie supérieure de la région pylorique, à deux centimètres du pylore, existe une perforation de l'estomac grande comme une pièce de deux francs au centre d'un ulcère adhérent par son pourtour à la face inférieure du foie.

CONCLUSIONS

Les perforations de l'ulcère de l'estomac surviennent, après la gastro-entérostomie qui lui est opposée, dans la proportion d'environ 1 %.

Elle se produit dans les premiers jours qui suivent l'intervention, le plus souvent du troisième au sixième jour.

Les manifestations cliniques de la perforation seraient celles de la perforation spontanée, si elles n'étaient masquées par les signes de réaction péritonéale, d'interprétation difficile, qui accompagnent l'opération. D'autre part, elle évolue souvent très vite vers la péritonite suraiguë.

Il semble possible de prévoir, dans une certaine mesure, l'imminence d'une perforation :

1° Parmi les signes cliniques avertisseurs d'une perforation possible, il faut mettre au premier plan les hématomésés récentes, l'intensité anormale de la douleur, la contraction de la paroi. L'élévation de température; l'œdème de la paroi sont des signes dont il faut tenir compte.

2° L'aspect anatomique de l'ulcère constaté au cours de l'opération semble permettre de prévoir la perforation. Ce sont surtout :

a) Les ulcères abrités sous le foie et défendus par la périgastrite;

b) Les ulcères calleux volumineux qui sont souvent pénétrants;

c) Les ulcères libres qui se présentent comme une plaque indurée blanchâtre sur des parois gastriques œdémateuses, et qu'on serait tenté de croire cicatrisés.

3° Les ulcères antérieurement perforés ont peut-être une tendance particulière à la perforation.

On pourrait prévenir la perforation ainsi prévue en ayant recours à la résection, lorsqu'elle est possible, sinon au capitonnage épiploïque de l'ulcère.

L'intervention est formellement indiquée aussitôt la perforation soupçonnée. Elle seule est susceptible de sauver le malade.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Février 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD et PERRIN. — Perforation d'un ulcus gastrique, après une gastro-entéro-anastomose. *Lyon Médical*, 1911, t. 1, p. 474-475.
- BONNET et CROIZAT. — Perforation d'un ulcère gastrique, malgré la gastro-entérostomie. *Lyon Chirurgical*, t. XXIII, n° 1, p. 100-102, janvier-février 1926. Séance du 12 novembre 1925.
- BRENNER. — Gastro-enterostomie oder resection bei ulcus callosum ventriculi. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Bd. 78, 1906.
- BUSCH. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 90, 1909.
- LE ROY DES BARRES (Hanoï). — Note sur un cas de mort, par ouverture de la veine-porte, au cours d'un ulcère de l'estomac continuant à évoluer après gastro-entéro-anastomose. (Communication à la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine, Séance du 11 mai 1913, in *Bulletin de la Société*, tome IV, n° 6, juin 1913, p. 287, avec 1 fig.) In *Journal de Chirurgie*, t. 11, p. 479, 1913.
- BAKES. — « Zűr operativen therapie des callösen Magenschwürs ». Aus dem öffentlichen Kaiser Franz Joseph Hospital in Trebitsche. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Bd. 76, 1905.
- BRUNNER FRIEDRICH. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 69. (In thèse de Larrieu, 1920.)
- CARR. — Perforation d'un ulcère pylorique une semaine après gastro-entérostomie. (*Journal of American Med. Asso.*, 5 juillet 1919.)

- CHAYANNAZ et LOUBAT. — Sur un cas de perforation d'un diverticule par ulcère gastrique, après gastro-entérostomie. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, Séance du 16 janvier 1920. In *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, Bordeaux, 1^{er} février 1920.
- CUFF. — *Brit. Med. Journ.*, 1907, feb. 2.
- CLAIRMONT. — Bericht über 258 von Pr. von Eiselsberg ; ausgeführte Magennoperationem von Dr P. Clairmont. Süss der T. Chirurgischen Klinik in Wien. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Bd. 76, Berlin, 1905.
- DELORE. — *Société Chirurgie*, 10 janvier 1917.
- DELAHOYE. — Zur Gastro-enterostomie. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Berne, 1906.
- DAHLGREEN. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. 67, 1910.
- DELAGRENIÈRE. — Le Mans, 336. Gastro-entérostomie pour ulcère (In *Thèse de Larrieu*, Bordeaux, 1920).
- GRAF (Kiel). — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 88 et 90, page 399, 1907.
- HARTMANN. — Remarques sur la chirurgie de l'estomac. *Gazette Médicale*, Paris, 1902.
- HOFMAN. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. 50, 1907.
- JEDLICKA. — *Chirurgie de l'ulcère de l'estomac*. Prague, 1904.
- KROGIUS. — Ein wort für die radicale operative behandlung des chronischen magengeschwürs. *Archiv. für Klinischen Chirurgie*, Bd. 75, 1905.
- KLEIN. — Persistance d'un ulcère gastrique, après gastro-entérostomie. *Annals of Surgery*, 1921, vol. LXXIV, n° 6, p. 740-745. (In *Journal de Chirurgie*, t. 20, p. 73, 1922.)
- LARRIEU (T.-M.-G.). — *Ulcère et Gastro-entérostomie*. La perforation stomacale, après gastro-entérostomie. Bordeaux, 1919-1920, n° 230.
- MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Paris, 1896-1897, n° 324.
- NYROP (Copenhague). — Chirurgie de l'ulcère de l'estomac. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 87.

- NOEVER. — Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles, 13 février 1909.
- PAUCHET. — Traitement chirurgical de l'ulcère. *Paris Médical*, 1918.
- PETREN, LUND. — Cas 9 de sa statistique. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. 72, 1911.
- RIEDEL. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1909, p. 17.
- SANTY. — *Thèse*, Lyon, 1914-1915.
- SCHNITZLER. — Medizinische Klinik, avril 1914. In *Journal de Chirurgie*.
- SCHULZ. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 88. p. 520.
- TUFFIER. — Valeur de la gastro-entérostomie dans l'hémorragie gastrique, pr ulcère simple. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1904.
- VAUTRIN. — Nancy, 1909. (In *Thèse de Larrieu*, 1920.)
- WYMER. — Perforation d'ulcère après gastro-entérostomie. *Münch. Med. Woch.*, t. LXXI, n° 45, 7 novembre 1924, p. 1576-1577. (In *Journal de Chirurgie*, t. 25, p. 338, 1925.)
- ZIEGLER. — *Münch. Med. Woch.*, 1899.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction.....	11
La perforation de l'ulcère après gastro-entérotomie.....	17
Observations	33
Conclusions.....	61
Bibliographie	63



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

• 42, QUAI GAILLETON •

• • • • • LYON • • • • •



